

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 mai 2020

---

Composition : M. NEU, président  
Mme Silva et M. Peter, assesseurs  
Greffière : Mme Guardia

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Florence Bourqui, avocate à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à Vevey, intimé.

---

**Art. 7, 8 al. 1 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], travaillait en qualité de maçon pour une entreprise de travail temporaire lorsqu'il a été victime d'un accident, recevant un objet lourd sur le dos de la main gauche le 23 août 2006. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge les suites de cet événement.

Par décision sur opposition du 21 avril 2008 confirmant une décision du 17 septembre 2007, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité à raison d'une incapacité de gain de 17 % (soit une rente de 713 fr. 35 par mois dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007), ce dernier étant à même d'exercer, durant toute la journée, une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas devoir mettre à forte contribution son poignet gauche. La CNA a estimé pour le surplus que les troubles psychogènes dont souffrait l'assuré (le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée dans un rapport du 15 février 2007) n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident et, partant, qu'aucun droit aux prestations n'existait à ce titre. La CNA a retenu enfin l'existence d'une atteinte à l'intégrité de 7.5 %.

**B.** Le 15 janvier 2008, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente.

Se rapportant à l'instruction du cas effectuée jusqu'alors sur le plan médical, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (ci-après : SMR). Dans un rapport du 18 mars 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_ a retenu comme atteinte principale à la santé l'algoneurodystrophie post contusion de la main gauche traitée et des douleurs résiduelles. Il a indiqué, comme pathologies associées, avec influence sur la capacité de travail, une arthrose radio-carpienne débutante et une cervicarthrose C5-C6. Selon le

Dr C.\_\_\_\_\_, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle ; elle était par contre de 100 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles.

Le 20 juillet 2009, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, au motif que si l'assuré ne pouvait plus exercer son activité de maçon, il ressortait du dossier qu'il présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, respectant les limitations fonctionnelles établies. Procédant à une évaluation économique, l'OAI en est arrivé à la conclusion que l'assuré subissait une perte de gain correspondant à un degré d'invalidité de 10.98 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par décision du 28 juillet 2009, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement dans le sens d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi.

L'assuré a recouru contre la décision du 20 juillet 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, au motif que les douleurs chroniques dont il souffrait à la main gauche ne lui permettaient pas de travailler, même dans une activité légère. S'ajoutait à cela un état dépressif sévère, constaté par les médecins [...].

Le Tribunal cantonal a confié la mise en œuvre d'une expertise au W.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 29 septembre 2010 (suite à l'expertise effectuée le 6 mai 2010), les médecins de ce centre ont conclu ce qui suit sur le plan somatique :

« Monsieur Q.\_\_\_\_\_ présente un syndrome douloureux chronique intéressant à la fois le membre supérieur gauche, le rachis lombaire et le membre inférieur gauche. L'examen des amplitudes articulaires met en évidence des phénomènes d'autolimitation, probablement inconscients, chez un patient s'étant organisé autour de l'état douloureux chronique.

Objectivement toutefois il n'y a pas de lésion organique, pas de lésion dégénérative, pas de défaut d'axe des membres, pas de trouble statique du rachis, pas de signe d'atteinte neurologique non

plus. De plus les signes de non-organicité de Waddell sont tous présents.

Chez ce sujet, qui présente des rachialgies et qui est par ailleurs porteur d'un stimulateur épidural, il peut être considéré que l'activité de maçon n'est plus possible, mais que la capacité de travail est complète dans une activité adaptée, soit sans port de charge de plus de 10 kg, ni flexion antérieure du tronc répétée. Nous rejoignons ainsi l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ [médecin d'arrondissement de la CNA].

Monsieur Q. \_\_\_\_\_ présente encore un syndrome métabolique avec diabète, hypertension, obésité et dyslipidémie, un syndrome des apnées du sommeil appareillé. Il n'est pas relevé de complications liées à ces affections.

Aucune limitation fonctionnelle ne peut être considérée.

En conclusion, la capacité de travail est entière ».

Sur le plan psychique, l'expert du W. \_\_\_\_\_ a conclu ce qui suit :

« C'est dans le contexte d'une lutte pour une compensation financière de la part des assurances que Monsieur Q. \_\_\_\_\_ s'est installé dans un rôle d'invalidé en mettant en avant la description subjective de divers symptômes qui présentent cependant des incohérences importantes avec les éléments objectivables de l'examen psychiatrique actuel ainsi que dans son anamnèse. Malgré des crises psychiques, Monsieur Q. \_\_\_\_\_ a fait preuve de ressources d'adaptation lui ayant permis de continuer à faire face aux exigences de la vie quotidienne et de mener une vie indépendante sans élément en faveur d'un trouble psychique justifiant une incapacité de travail durable. On peut tout au plus retenir une incapacité de travail complète durant la période d'hospitalisation du 28 mars au 28 avril 2008 [à l'hôpital [...]]. Dès sa sortie Monsieur Q. \_\_\_\_\_ a montré que la capacité pouvait être à nouveau considérée comme complète, en partant au [...] [...].

La capacité de travail est donc complète dans toute activité exigible, sans diminution de rendement ».

La Cour des assurances sociales a rendu un jugement le 26 septembre 2011 (AI 438/09), admettant que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon, mais retenant en revanche qu'il était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies (pas de sollicitation soutenue du membre supérieur gauche ni port de charges de plus de 10 kg, activité permettant l'alternance des positions). En effet, sur le plan somatique, aucune opinion divergente dûment motivée ne justifiait de s'écarter des conclusions de l'expertise du W. \_\_\_\_\_. Par ailleurs,

cette dernière, qui remplissait les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante, ne mettait en évidence aucune atteinte à la santé psychique et aboutissait à la constatation que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI ne prêtant pas le flanc à la critique, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 20 juillet 2009.

**C. a)** L'assuré a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI le 18 mai 2011. Il a également déposé une demande de moyens auxiliaires le 28 mars 2012. Il a précisé le 11 avril 2012 qu'il souhaitait une rente. L'OAI a dès lors considéré la demande du 28 mars 2012 comme une nouvelle demande de prestations.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et le psychologue assistant S.\_\_\_\_\_, [...], ont envoyé à l'OAI un rapport médical le 21 mai 2012, dont on extrait ce qui suit :

« Evolution actuelle :

Rappelons que sur le plan psychiatrique, ce patient est notamment connu pour un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, une intelligence limitée et état dépressif majeur actuellement d'intensité sévère. L'état de santé psychique de M. Q.\_\_\_\_\_ se péjore depuis une année. En 2011, il a été hospitalisé à deux reprises en milieu psychiatrique, d'abord à [...] du 13 juin au 4 juillet puis à [...] du 13 au 26 juillet. A l'issue de son avant dernière hospitalisation M. Q.\_\_\_\_\_ semble plus calme avec diminution des épisodes de violences à l'égard de son amie. Cependant, au vu de la persistance de menaces hétéro-agressive à l'égard de celle-ci et de la présence d'enfants mineurs, ces derniers ont été placés en foyer depuis le mois de janvier dernier. Dans ce contexte il présente une péjoration de sa symptomatologie anxio-dépressive s'accompagnant d'une irritabilité et une impulsivité marquées, des conflits fréquents avec autrui, une réactivité marquée de l'humeur, une anxiété majeure, ainsi que des menaces auto et hétéro agressive.

Diagnostics :

- Episode dépressif sévère F32.2
- Trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif F60.30
- Intelligence limitée

- Douleurs et limitations fonctionnelles du poignet et de la main gauche dans un contexte de Sudeck post-traumatique (2006) actuellement avec électrode médullaire
- Gonalgies gauches post-entorse du genou gauche
- Lombo-sciatalgies gauches atypiques
- Canal lombaire étroit congénital sans compression radiculaire
- Cardiopathie ischémique avec infarctus du myocarde aigu inférieur (2005)
- DPCO [recte : BPCO]
- Syndrome d'apnée du sommeil appareillé

Pronostic :

Au vu de la sévérité et de la chronicité des symptômes le pronostic est actuellement réservé.

Incapacité de travail :

L'incapacité de travail est actuellement de 100 % pour une durée indéterminée. »

Le Dr L.\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis le 4 juin 2012. Il y a notamment relevé que le rapport précité mentionnait le diagnostic d'épisode dépressif sévère, ce qui était selon lui formellement faux, puisque dans l'anamnèse étaient décrits d'autres épisodes dépressifs. Il s'agissait donc d'un trouble dépressif récurrent. Il a toutefois ajouté qu'un épisode dépressif sévère était invalidant et en principe incompatible avec une activité lucrative, dès lors, il y aurait eu aggravation située en 2011, avec deux hospitalisations en milieu psychiatrique et la demande de prestations de l'assuré paraîtrait justifiée. Le Dr L.\_\_\_\_\_ proposait de demander notamment les rapports de sortie des séjours à [...] et à [...], ainsi que de poser une série de questions complémentaires aux médecins [...].

Le [...] a ainsi remis à l'OAI le rapport de sortie de l'hôpital psychiatrique [...], établi le 16 novembre 2011 et dont on extrait ce qui suit (sic) :

« Motif d'hospitalisation :  
Mise à l'abri d'un geste auto et hétéro agressif.

Diagnostic (CIM - 10) :  
Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.1).

Trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30).

[...]

Eléments anamnestiques :

[...]

Sur le plan psychiatrique, M. Q. \_\_\_\_\_ a été hospitalisé une première fois dans notre établissement en avril 2008 sur un mode d'office pour mise à l'abri d'idées hétéro agressives et auto agressives dans un contexte de conflit avec son assurance accident, où il aurait menacé de se défenestrer après avoir tué un intervenant de la SUVA. Le patient avait fugué de l'hôpital pour rejoindre sa compagne au [...]. Le diagnostic posé alors avait été celui de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans symptômes somatiques et de trouble de la personnalité sans précision. [...]

A noter en mars 2010, un passage à l'acte avec tentative de pendaison alors que le patient était [...], ou il aurait été hospitalisé dans les suites.

D'un point de vue familial, on retient que son père est décédé en 1995 dans les suites d'une hépatopathie alcoolique décompensée, et que sa mère âgée de 65 ans est décrite par le patient comme présentant de longue date une dépendance à l'alcool, ayant un comportement impulsif et violent.

Actuellement, M. Q. \_\_\_\_\_ vit avec sa compagne et leurs deux enfants dans un deux pièces à Lausanne bénéficiant du RI et recevant 740.- CHF par mois de son assurance maladie. Il vient d'apprendre un nouveau refus par rapport à un recours présenté auprès de l'office AI. Dans ce contexte il rapporte être très stressé, irritable, et fatigué. Il relate par ailleurs avoir des comportements violents envers sa compagne et crier souvent sur les enfants, ne supportant pas le bruit. Il se plaint de sa solitude, n'ayant pas d'amis et dépendant physiquement de sa compagne qui l'aide dans les actes de la vie quotidienne (le lave, lui donne ses médicaments, l'accompagne en promenade). Il a des troubles du sommeil et évoque des idées suicidaires scénarisées en se jetant sous une voiture ou par dessus d'un pont. Il explique que ces idées suicidaires scénarisées sont présentes constamment depuis 2008.

Devant la dégradation psychique, vous conseillez au patient une hospitalisation pour mise à l'abri d'un acte auto et hétéro agressif.

Examen clinique ;

L'entretien à l'admission se fait avec un interprète, le patient comprenant, mais ne pouvant pas s'exprimer en français. Il est calme, collaborant, orienté aux quatre modes. L'hygiène et la tenue sont correctes. Il porte un bandage serré compressif autour du bras gauche. Le discours est clair, cohérent, informatif. On n'observe pas de trouble du cours ni du contenu de la pensée. La thymie est effondrée, le patient pleurant durant l'entretien. Il décrit une asthénie, une aboulie, un apragmatisme, un isolement social, des troubles de la concentration et de la mémoire, et des difficultés d'endormissement avec réveils nocturnes fréquents. L'appétit est conservé. L'anxiété éprouvée et observée est importante avec sudation et tremblements des extrémités. Le patient décrit des

symptômes anxieux qui s'apparentent à une phobie sociale. Il verbalise des sentiments de culpabilité par rapport à ses acting hétéro agressifs. Il évoque des hallucinations hypnagogiques au réveil où il voit son père et entend celui-ci lui demander de le rejoindre. Il y a une irritabilité majeure et une phonophobie. Il n'est pas noté de ralentissement psychomoteur. Il nie toute consommation d'alcool et de toxiques. Tabagisme actif à trois paquets par jour.

[...]

Evolution et discussion :

M. Q. \_\_\_\_\_ a été admis sur un mode volontaire, pour mise à l'abri d'un risque auto et hétéro agressif dans le contexte d'un conflit asséurologique, alors que le patient se trouve dans une situation sociale difficile au bénéfice d'un revenu précaire, endetté, vivant avec sa compagne et les deux enfants de celle-ci dans un logement exigü.

A noter que M. Q. \_\_\_\_\_ a été victime d'un grave accident de voiture alors qu'il conduisait son véhicule en 2006. Depuis l'accident, il décrit la persistance d'une invalidité du membre supérieur gauche et la persistance de douleurs lombaires et sciatiques gauches. Il vient de recevoir une nouvelle décision de refus de rente après un recours déposé auprès de l'office AI.

Au vu du status à notre disposition et des éléments anamnestiques ainsi que des évaluations psychométriques, nous retenons le diagnostic d'un épisode dépressif sévère dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif.

Sur le plan pharmacologique, nous procédons à une augmentation du traitement de Sertraline de 100 à 200 mg/j.

[...]

D'un point de vue somatique, le patient bénéficie d'une consultation auprès du médecin interniste de l'institution qui au vu de la glycémie a proposé l'introduction d'un traitement de Metformine jusqu'à 2000 mg/j avec surveillance de l'hémoglobine glucoside et introduction d'une insuline ultra-lente s'il persistait une perturbation du bilan glucidique, ceci au vu des facteurs de risque cardiovasculaire et des antécédents du patient.

Le cadre de soins proposé et l'adaptation thérapeutique permettent une évolution favorable, avec amélioration des troubles du sommeil et de l'anxiété avec amendement de toute idéation suicidaire. Dans ce contexte, M. Q. \_\_\_\_\_ a pu effectuer des congés à domicile qui se sont bien passés. La relation avec son amie et les enfants de celle-ci semble améliorée ce qui participe à la stabilisation de la thymie avec diminution du sentiment de culpabilité.

Au vu de la bonne évolution et de l'amendement de toute idéation suicidaire, nous convenons d'un commun accord d'une sortie de l'hôpital le 04.07.2011 avec une suite de prise en charge par vous-même [Dresse P. \_\_\_\_\_]. Notons que nous avons informé le patient

et son amie que la situation des enfants sera signalée au service de protection de la jeunesse afin qu'elle soit évaluée ».

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a rendu un avis médical le 3 juillet 2012, estimant notamment que dans la mesure où, après deux semaines de traitement à l'hôpital [...], les médecins en charge écrivaient que l'évolution était bonne et que toutes les idéations suicidaires s'étaient amendées, l'épisode dépressif de gravité sévère s'était résolu. Il n'y avait dès lors pas de nouveaux empêchements durables de la sphère psychique depuis l'expertise ordonnée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en 2010.

Les médecins de la [...] ont répondu aux questions de l'OAI le 20 septembre 2012, de la manière suivante (sic) :

« 1) Est-ce que cet assuré vient seul à ses rendez-vous à votre consultation ?

Ce patient se rend seul à ses entretiens. Il est accompagné d'une interprète et ce en raison d'une mauvaise maîtrise de la langue française.

2) Comment est-ce qu'il se déplace dans vos locaux ?

M. Q. \_\_\_\_\_ se déplace à pied et en ascenseur. Il décrit, par ailleurs, qu'il a des difficultés à utiliser les escaliers en raison de douleurs somatiques. A noter que nos locaux se trouvent au 1<sup>er</sup> étage.

3) A votre connaissance, est-ce qu'il vit en appartement ou dans une chambre d'hôtel, comme le laisse entendre votre dernier rapport ?

A notre connaissance, M. Q. \_\_\_\_\_ vit dans une chambre d'hôtel qui lui est louée à des tarifs préférentiels par une de ses connaissances [...]. Il vivait, auparavant, avec son ex-compagne dans un appartement mais il a quitté ce dernier au moment de leur séparation.

4) Est-ce que, sur la base de vos observations, pensez-vous que cet assuré peut-il s'occuper de son hygiène personnelle, se déplacer dans son logis et manger sans l'aide d'un tiers ?

Sur la base de nos observations, nous pouvons vous dire que le patient a une hygiène partiellement négligée avec parfois des habits sales ou troués. Comme mentionné ci-dessus, il mentionne qu'il a de la peine à se déplacer ainsi qu'à effectuer des tâches ménagères comme préparer les repas. Il relate qu'il consomme essentiellement des repas tout préparés comme des sandwiches ou des plats à réchauffer, ceci en raison de douleurs somatiques qui selon le patient sont présentes depuis de nombreuses années ».

Ces réponses ont été soumises au Dr L.\_\_\_\_\_, qui a rendu un avis médical le 7 novembre 2012, dont on extrait ce qui suit :

« Suite au fait que l'assuré vit désormais seul dans une chambre, j'ai formulé des questions à poser aux médecins traitants, et ces réponses permettent les conclusions suivantes :

- Aucune aggravation de sa situation algique ou ostéo-articulaire n'est signalée depuis l'expertise, et ceci corrobore ce qui précède.
- Cet assuré vit désormais seul, ce qui prouve que cet assuré est capable de s'habiller, se lever, manger et se déplacer.
- On signale certes que l'assuré peine à préparer ses repas et qu'il consomme des repas préparés à réchauffer, ce qui ne démontre pas qu'il est incapable de cuisiner ou de manger seul sans aide.
- L'aptitude à se mouvoir sans aide dans les locaux des médecins est confirmée par ses médecins.
- Son hygiène corporelle et vestimentaire laisse certes parfois à désirer, mais ce constat ne permet pas de conclure que l'assuré a besoin d'aide pour se laver et s'habiller.
- Vivant désormais seul et capable d'aller seul à ses rendez-vous, il est également inconcevable de postuler le besoin d'un accompagnement.

Dès lors je ne peux retenir d'aide pour au moins deux actes ou le besoin d'un accompagnement pouvant donner droit à une impotence faible ».

**b)** Le 16 novembre 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision de refus de prestations, au motif qu'après avoir complété l'instruction médicale, il ressortait de cette dernière qu'il ne présentait aucune aggravation de son état de santé pouvant modifier son droit aux prestations. Il avait en effet présenté une incapacité de travail de courte durée, ce qui n'ouvrait pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'OAI a en outre communiqué à l'assuré le 19 novembre 2012 un projet de refus d'une allocation pour impotent.

En réaction au premier projet de décision précité, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, chef de clinique auprès du [...], et M. S.\_\_\_\_\_ ont envoyé un courrier à l'OAI le 7 décembre 2012, dont la teneur est la suivante :

« [...] Nous avons été surpris de votre décision. En effet, vous mentionnez un arrêt de travail de courte durée alors que M.

Q.\_\_\_\_\_ présente, selon les différents médecins de la consultation, une capacité de travail nulle depuis juin 2006 jusqu'à ce jour.

De plus, une péjoration de son état est présente depuis 2011, comme nous l'avons mentionné dans notre précédent courrier. Il a été hospitalisé à deux reprises en institution psychiatrique, notamment du 14 juin au 4 juillet 2011, hospitalisation durant laquelle nos confrères ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisodes actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.1) ainsi qu'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30).

Au vu des divergences majeures entre les conclusions des médecins du [...] et les conclusions des experts et de l'OAI, il nous semble nécessaire que la situation de M. Q.\_\_\_\_\_ soit réévaluée ».

L'OAI a confirmé sa position en rendant une décision formelle de refus de prestations le 14 janvier 2013, ainsi qu'une décision de refus d'une allocation pour impotent le 16 janvier 2013.

**c)** L'assuré a recouru contre la décision de refus de prestations le 14 février 2013, concluant en substance à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des conclusions des experts. Il reprochait en substance à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des rapports médicaux de ses divers médecins traitants.

L'OAI s'est déterminé le 6 mai 2013, concluant au rejet du recours.

Par courrier du 29 mai 2013, l'assuré a produit un certificat médical établi le 1<sup>er</sup> mars 2013 par le [...] attestant d'une hospitalisation du 18 février au 1<sup>er</sup> mars 2013 ; une attestation établie le 8 mars 2013 par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du [...], indiquant un suivi pour des troubles du sommeil et constatant notamment les éléments suivants :

« Nous avons débuté un traitement par CPAP mais le patient a de grandes difficultés à porter le masque. En effet, malgré sa bonne volonté, sa pathologie psychiatrique et ses douleurs chroniques font qu'il n'arrive pas à porter son CPAP de manière régulière. La symptomatologie notamment de dyssomnie nocturne, en partie liée au syndrome d'apnées du sommeil, n'est donc que partiellement

résolue, entraînant une fatigue, des troubles de la mémoire et de la concentration ayant un impact sur son mode de fonctionnement diurne ».

L'assuré a encore produit un certificat médical des Drs B.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, du [...], établi le 13 mars 2013, retenant les diagnostics psychiatriques de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et retard mental léger, et attestant notamment d'une capacité de travail nulle depuis juin 2006, ainsi que d'une péjoration de son état de santé depuis 2011.

L'OAI a soumis les rapports médicaux précités au SMR pour appréciation, lequel a rendu un avis le 12 juin 2013, constatant en substance que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'amenait pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier leur position et relevant que l'expertise du W.\_\_\_\_\_ de septembre 2010 avait pris en compte la problématique des apnées du sommeil.

Par écriture du 12 juillet 2013, l'assuré a confirmé ses conclusions et produit un certificat médical du 27 juin 2013 des Drs B.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, confirmant les constatations faites dans leur certificat du 13 mars 2013, un certificat médical du 2 juillet 2013 du Dr X.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, reprenant le diagnostic psychiatrique d'état dépressif, ainsi qu'une attestation du 8 juillet 2013 de la Dresse [...], du [...], concernant son diabète de type 2.

Finalement, le Dr V.\_\_\_\_\_, de la [...], a fait parvenir à la Cour de céans un rapport médical du 8 juillet 2013 adressé au recourant, relevant notamment que ce dernier présentait des douleurs persistantes aux épaules avec irradiations et décharges électriques dans les doigts.

**d)** Par décision du 11 novembre 2013, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours déposé par l'assuré, annulé la décision du 14 janvier 2013 et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction (AI 42/13). En substance, la Cour a considéré

qu'une péjoration de l'état de santé du recourant, à tout le moins sur le plan psychiatrique, avait été attestée et a reproché à l'Office intimé de n'avoir pas investigué la problématique des apnées du sommeil.

**D.** L'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

L'assuré a été hospitalisé auprès du [...] du 12 au 28 mai 2014. Dans leur rapport du 11 juillet 2014, les Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M.\_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) ainsi que de trouble de la personnalité dépendante (F60.7) et ont retenu ce qui suit (sic) :

« Il s'agit d'une admission sur un mode volontaire pour mise à l'abri de gestes auto-agressifs, le patient ayant envie d'agresser spontanément au couteau des passants dans la rue, et en raison d'idées suicidaires par défenestration.

Nous retenons un diagnostic de trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. En effet, M. Q.\_\_\_\_\_ présente une thymie abaissée avec de nombreux pleurs durant les entretiens. Il évoque des idées noires et des idées suicidaires par défenestration et des insomnies. Nous notons de l'anxiété liée à l'attente quant à la décision de l'AI

Vous nous apprenez que le facteur de crise actuel est l'anniversaire du décès de son père deux semaines avant l'admission. Ce dernier serait décédé il y a des années par mort violente (suicide). Comme autre facteur de crise, vous avez identifié que M. Q.\_\_\_\_\_ vient de fêter ses 50 ans et effectue le bilan de sa vie actuellement. Nous retenons comme hypothèse de crise, un patient qui pour faire face, dans un contexte de crise, à son impuissance effectue des passages à l'acte auto versus hétéro-agressifs.

Les entretiens tournent autour de l'attente quant à la décision de l'AI. M. Q.\_\_\_\_\_ est en colère. Il décrit un sentiment d'injustice suite à leur refus. Actuellement, un avocat s'occupe du dossier. Il décrit initialement des idées suicidaires, en lien avec son sentiment d'incompréhension et de solitude: Comme avec sa famille d'origine le patient se sent encore une fois sans importance rejeté par l'AI incapable de rétablir une certaine justice. Il demande à plusieurs reprises une injection létale. Il ressent de la colère quant à ses pertes suite à l'accident de 2006.

Rapidement, nous organisons un entretien de couple où nous sommes marqués par un patient régressé et une compagne qui le maternelle. M. Q.\_\_\_\_\_ garde fortement le sentiment de révolte et

de colère contre l'Al, ce sujet dominant l'entretien. Il dit que sa famille est son amie ainsi que les deux enfants de cette dernière. En effet, il n'a plus revu ses deux fils depuis environ 7 ans, et aurait un très mauvais contact avec sa propre mère. Physiquement, le patient dit se sentir mieux et avoir moins de douleurs au niveau des bras après avoir bénéficié de physiothérapie en cours de séjour.

M. Q.\_\_\_\_\_ évolue bien en cours d'hospitalisation avec une abolition des idées suicidaires ainsi que des envies hétéro-agressives. Les symptômes dépressifs diminuent de même que l'anxiété ».

L'assuré a séjourné les 2 et 3 juin 2014 au [...] en vue de traiter des céphalées.

Le Dr R.\_\_\_\_\_ a rendu son expertise le 17 novembre 2014. Ce spécialiste a retenu que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à la santé psychiatrique invalidante mais a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, (F33.4), de majoration des symptômes psychique pour des raisons psychologiques existantes depuis 2007 (F68) et d'accentuation de traits de personnalité immature et émotionnellement labile existant depuis des années (Z73.1). Le Dr R.\_\_\_\_\_ a en particulier retenu que les hospitalisations de l'assuré en milieu psychiatrique n'avaient jamais duré plus de deux semaines, que sa symptomatologie dépressive et son agressivité étaient amendées et qu'il avait pu regagner son domicile ce qui justifiait de retenir une dépression légère, en rémission, à la date de l'expertise. Il a estimé que la formation de l'assuré ainsi que ses expériences de vie excluaient un retard mental léger ainsi qu'un trouble de la personnalité. L'expert retenait une pleine capacité de travail sur le plan psychique, sans diminution de rendement mais précisait néanmoins « vu la majoration des symptômes psychiques pour des raisons psychologiques, l'assuré doit bénéficier d'une prise en charge psychiatrique visant une réadaptation professionnelle. Elle est impossible pour l'instant. [...] Vu les nombreux désaccords entre les différents médecins de monsieur Q.\_\_\_\_\_, je propose une réadaptation professionnelle pour l'instant ».

Dans un avis du 25 novembre 2014, le Dr J.\_\_\_\_\_, du SMR, a souscrit aux conclusions de l'expertise susmentionnée, considérant que celle-ci présentait une pleine valeur probante, et confirmé que l'assuré disposait d'une capacité de travail nulle dans son activité habituelle mais d'une capacité de travail entière dans une activité adaptées à ses limitations fonctionnelles (port de charges de plus de 10 kg, mobilisations du membre supérieur gauche et alternance des positions assis/debout).

Par projet du 27 novembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

Par rapport du 22 décembre 2014, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs au niveau de tout le rachis, en particulier des membres supérieurs et qu'il présentait un diabète de type 2. Le spécialiste relevait douter de la capacité de son patient à reprendre une activité professionnelle.

Le 9 janvier 2015, l'assuré, représenté par Me Florence Bourqui, s'est opposé au projet de décision du 27 novembre 2014, relevant que certaines de ses atteintes à la santé, savoir une problématique de trouble du sommeil et de diabète de type 2, n'avaient pas été correctement investiguées par l'OAI. Il a également critiqué, sur plusieurs points, l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_ et a réclamé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par avis du 15 janvier 2015, le Dr J.\_\_\_\_\_ a confirmé que certaines pathologies somatiques avaient pu évoluer depuis la première instruction. D'autre part, il a admis certains griefs de l'assuré à l'encontre de l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_. Le médecin du SMR a dès lors préconisé la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire.

Par rapport du 20 janvier 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de probable CRPS (Complex Regional Pain Syndrome,

syndrome douloureux régional complexe) bilatéral et de possible compression du nerf médian gauche au poignet.

Dans un rapport du 22 janvier 2015 confirmé le 17 mars 2015, le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique de la cheville droite et retenu, comme antécédents et comorbidités un état anxio-dépressif, une hypertension artérielle avec status post-infarctus du myocarde, un diabète de type II, des cervico-brachialgies bilatérales, des douleurs post-traumatiques compliquées d'un Sudeck au niveau du poignet gauche, des gonalgies droites, le port, depuis 2007, d'un stimulateur médullaire, une obésité, une dyslipidémie ainsi qu'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) avec tabagisme actif.

L'assuré a séjourné le 20 avril 2015 auprès du [...] en raison de douleurs thoraciques.

Dans un certificat médical du 25 août 2015, les Drs E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et O.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistante auprès de la [...], ont attesté d'une incapacité de travail à 100 % depuis au moins le 25 juin 2015, les médecins étant dans l'incapacité de se prononcer sur une incapacité de travail antérieure mais relevant que les éléments au dossier démontraient des troubles dès 2006.

L'assuré a été hospitalisé auprès du [...] du 27 août au 16 septembre 2015 au motif de mise à l'abri d'un geste auto-agressif. Dans ce cadre, les Drs EE.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et FF.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès du [...], ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3). De leur rapport du 25 janvier 2016, on extrait ce qui suit :

« M. Q.\_\_\_\_\_ a été hospitalisé pour mise à l'abri d'un geste auto-agressif, en admission volontaire, dans un contexte de difficultés socio-familiales et d'une souffrance psychique chronique.

Sur le plan diagnostique, nous reconduisons celui de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Dès son arrivée à l'hôpital, le patient présente un tableau clinique composé essentiellement de symptômes de la lignée dépressive mentionnés ci-dessus ainsi qu'une tendance à la clinophilie. Dans ce contexte, M. Q.\_\_\_\_\_ a pu bénéficier d'un cadre thérapeutique contenant et soutenant à raison d'entretiens médico-infirmiers bihebdomadaires, d'un accompagnement social par l'AS, Mme [...], et d'activités mobilisatrices encadrées par des physiothérapeutes de notre Institution.

Au cours des entretiens médisa-infirmiers, M. Q.\_\_\_\_\_ pourra revenir sur l'histoire de sa maladie, mise en lien avec un accident du travail, en 2006, vécu comme traumatique, depuis lequel il décrit ne plus pouvoir reprendre une activité. Nous mettons en évidence une fragilité identitaire importante en lien avec la perte de sa capacité de travail mais également de sa capacité à occuper son rôle d'homme dans sa famille et dans sa vie. Compte tenu de l'Intensité de ses difficultés, le patient ne parvient pas à comprendre la non-obtention d'une rente Al qu'il vit comme une non-reconnaissance de son handicap.

L'état psychique de M. Q.\_\_\_\_\_ connaît progressivement une amélioration relative notamment avec une accalmie des idées suicidaires. Au vu de l'absence de critères aigus justifiant la continuité de l'hospitalisation actuelle et le suivi ambulatoire étant assuré par vous-même, le patient est sorti de notre établissement le 16.09.2015, regagnant son domicile ».

Du 22 octobre au 19 novembre 2015, l'assuré a à nouveau été hospitalisé auprès du [...], également au motif d'une mise à l'abri d'un geste auto-agressif. La Dre HH.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Elle a indiqué que l'assuré s'était présenté en raison de l'exacerbation de ses idées suicidaires dans le contexte de fin de vie de sa mère (cf. rapport du 23 décembre 2015).

Par rapport du 17 décembre 2015, U.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, a rendu compte de ce qui suit (sic) :

« Mr Q.\_\_\_\_\_ vit dans un appartement au 2<sup>ème</sup> étage avec ascenseur. Il y vit avec sa compagne et les 2 enfants de celle-ci. Mr dort sur le canapé dans le salon.  
Evaluation de l'autonomie dans les AVQ ;

Lors de la première évaluation faite le 11.08.2015 par l'ergothérapeute du [...], il a été observé que Mr Q.\_\_\_\_\_ est

dépendant pour tous les transferts, assis-couché et couché-assis, assis-debout et debout-assis, sur le lit, les wc, etc.

C'est sa compagne qui le soutient pour tous les transferts.

Mr est également dépendant pour les déplacements intérieurs et extérieurs. Sa compagne le soutient car Mr ne peut pas utiliser de MA.

Mr est dépendant pour la toilette et l'habillage et tous les soins d'hygiène (hydrater la peau, laver les cheveux, se raser). Mr est dépendant pour se nourrir car ne parvient pas à tenir les services.

Mr porte 2 attelles de repos velcro aux mains jours et nuit.

Il fait seul ses piqûres pour le diabète. (sa femme lui prépare et donne le matériel).

Habillage par l'épouse.

Par la suite, nous avons installé une planche de bain dans la baignoire ; Mr fait le transfert sur la pdb et se lave partiellement, aide de l'épouse pour le bas du corps, le dos et laver les cheveux. Mme le rase.

Nous avons également fourni des services adaptés afin que Mr puisse se nourrir seul.

Les deux besoins les plus importants sont un lit électrique et un fauteuil électrique.

En effet, sa compagne s'épuise à aider Mr pour tous les transferts et déplacements, et malgré une bonne hygiène posturale pour le dos, Mme commence aussi à ressentir des douleurs dorsales.

Un lit électrique permettrait à Mr de régler la hauteur du lit et le fait de lever le dossier lui permettrait de retrouver une autonomie pour le transfert couché-assis et assis-couché. Vu le peu d'espace, de vie à disposition, il faut que le lit soit peu encombrant, si possible, un modèle à encastrer.

Concernant les déplacements extérieurs, un fauteuil roulant manuel ne serait pas utilisable par Mr. En effet, il n'a pas la force aux membres supérieurs nécessaire à la propulsion. De plus ses douleurs sont trop importantes pour y parvenir. Monsieur habite dans un creux et doit faire face à des pentes importantes de chaque côté de son immeuble. Il est donc nécessaire qu'il puisse régler l'inclinaison du placet et du dossier. Il n'y a pas de seuils et les portes sont assez larges pour laisser passer un fauteuil électrique. De plus il n'y a pas de marches d'accès à l'immeuble, il peut donc sortir de l'immeuble avec le fauteuil sans aménagement supplémentaire ».

Dans une ordonnance du 21 janvier 2016, le Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a prescrit à l'assuré un lit électrique et un fauteuil électrique.

Dans un rapport du 11 février 2016, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble de la marche d'origine multifactorielle, de probable cardiopathie ischémique et de troubles dépressifs.

Par communication du 11 avril 2016, l'OAI a décidé de la prise en charge d'un lit électrique.

Par rapport du 25 avril 2016, I.\_\_\_\_\_ et la Dre AA.\_\_\_\_\_, respectivement psychologue et médecin assistante auprès du [...], ont posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, (F33.2) existant depuis 2008, de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.3) et de probable retard mental léger (F70.0) existants depuis l'âge adulte.

Par communication du 20 mai 2016, l'OAI a décidé de l'octroi d'un moyen auxiliaire sous la forme d'un fauteuil roulant électrique.

L'OAI a mandaté le W.\_\_\_\_\_ en vue d'une expertise pluridisciplinaire. Du rapport du 12 juin 2016 des Drs BB.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, CC.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et DD.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont extrait notamment ce qui suit :

#### **« SYNTHÈSE ET DISCUSSION**

---

[...]

##### *Situation actuelle et conclusions*

Sur le plan de la médecine interne, l'examen clinique est difficile à réaliser et les réponses ne sont pas toujours reproductibles de manière à être interprétées de manière correcte.

On relèvera qu'une IRM de septembre 2015 montre une absence de cicatrices intramyocardiques.

Le diabète mériterait un meilleur équilibre puisque l'hémoglobine glyquée de ce jour est de 13.6 % (normale pour un diabète équilibré : < 7.0 mmol/l).

L'hypertension artérielle est compensée, le syndrome des apnées du sommeil est normalement traité par CPAP, mais l'appareil n'est actuellement pas utilisé pour raison de traitement dentaire.

Ces affections ne représentent pas un caractère incapacitant.

Sur le plan rhumatologique Monsieur Q. \_\_\_\_\_ présente un tableau algique majeur et handicapant, au point que l'expertisé nécessite l'aide de sa compagne pour la plupart des activités de la vie quotidienne et récemment il a fait également des démarches pour se déplacer en fauteuil roulant.

Les douleurs touchent les deux bras, les deux pieds et le bas du dos. Au niveau du bras droit, les douleurs sont diffuses, constantes 24 h/24, souvent insomniantes s'étalant de la nuque jusqu'aux doigts. Ces douleurs sont associées à des paresthésies et des engourdissements avec une diminution globale de la force du bras droit. Comme répercussion dans les activités de la vie quotidienne, l'expertisé affirme ne pratiquement rien faire avec son bras droit. Pour la toilette, il doit être aidé constamment par sa compagne, ainsi que pour l'habillage.

Au niveau du poignet gauche, il décrit également des douleurs diffuses, irradiant vers le coude. L'intensité des douleurs avec le stimulateur médullaire est autour de 5 à 6/10. Dans les activités de la vie quotidienne, il reste très gêné. Il utilise toutefois un peu plus sa main gauche, par exemple pour se raser, car avec la main droite, il ne peut pratiquement plus rien faire. Il décrit au niveau des pieds également des douleurs identiques que celles des membres supérieurs, constantes, nuit et jour, diffusant dans l'ensemble du pied. Ces douleurs sont fortement aggravées en charge et à la marche avec l'impression que *le pied va se casser*. Ces douleurs sont associées également à des sensations de fourmillements, d'engourdissements et de baisse de force. Elles entraînent une forte limitation du périmètre de marche à maximum 100 mètres. Concernant le bas du dos, il décrit des douleurs lombaires constantes, 24h/24, intenses, estimées à 9/10 sur l'échelle de la douleur. Il n'y a pas d'irradiation dans les membres inférieurs, bien qu'il décrive des sensations d'écoulement de liquide dans les jambes. Sur le plan fonctionnel, ses douleurs sont aggravées en position couchée sur le dos, sont très gênantes lorsqu'il doit se lever de la position assise ou couchée. Il supporte mal les positions penchées en avant et en arrière, ainsi que les ports de charges de quelques kilos. Les douleurs s'aggravent également en position debout, à la marche ou en position assise. Au niveau cervical, il décrit également des douleurs très intenses, estimées à 10/10 sur l'échelle de la douleur. Ces douleurs augmentent lorsqu'il marche, lorsqu'il a la nuque penchée en avant ou lorsqu'il fait des mouvements de rotation.

L'examen clinique est ininterprétable chez un expertisé se présentant comme une personne très handicapée. La marche s'effectue à petits pas sur les talons, avec les pieds frottant sur le sol, les mains et les avant-bras légèrement surélevés, avec le port d'attelles. Lors de l'examen clinique, les transferts de la position assise à debout et debout sur le lit, s'effectuent avec l'aide de sa compagne, ainsi que le déshabillage et l'habillage et les retournements sur le lit d'examen, qui sont pratiquement impossibles seul. La nuque est en position figée, très algique à la mobilisation, la mobilité du dos est fortement

autolimitée dans toutes les directions, et très douloureux à la mobilisation ou à la palpation.

Les articulations périphériques sont peu mobilisables, avec un tableau d'enraidissement douloureux au niveau des épaules et des coudes, sans parler des poignets dont la palpation et la mobilisation est pratiquement impossible. Idem au niveau des chevilles et des pieds qui sont pratiquement intouchables. L'examen neurologique reste également impossible à interpréter avec un testing de force difficilement interprétable autant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, devant les autolimitations et les douleurs de l'expertisé. Il présente également des hyperpathies au niveau des mains et des pieds avec toutefois, également, sensation de perte de sensibilité, surtout aux des pieds jusqu'aux genoux.

Malgré ce tableau très algique, nous n'avons pas de constats radiologiques clairs permettant de retenir des atteintes objectives. Ainsi, le CT scan du poignet gauche de 2007 est décrit dans les limites de la norme. Les radiographies de la colonne lombaire et des deux mains de 2010 ne montrent pas d'atteinte significative. De plus, l'IRM de la cheville droite ne met en évidence qu'une arthrose modérée tibio-astragalienne et sous-astragalienne postérieure et moyenne avec pincement des interlignes articulaires avec un œdème osseux de tout le versant compatible avec des phénomènes dégénératifs sans être spécialement évocateurs d'une algodystrophie. De plus les documents récents du service de médecine physique du [...] ne font état que de douleurs de la cheville droite alors que l'expertisé affirme avoir toujours souffert des deux chevilles. Concernant les diagnostics d'algodystrophie, on peut concevoir ce diagnostic au niveau du poignet gauche comme séquelle de son traumatisme du poignet en 2006, toutefois ce diagnostic ne peut être clairement retenu dans le cadre de ces douleurs du membre supérieur droit et des chevilles. Cliniquement, on ne retrouve aucun signe clinique dystrophique caractéristique de cette maladie ni en phase chaude ni en phase froide. De plus, il n'y a aucune confirmation claire radiologique confirmant ce diagnostic, l'IRM étant peu spécifique dans ce cas.

L'expertisé présente un tableau algique handicapant majeur vraisemblablement en relation avec un syndrome douloureux chronique, diagnostic déjà retenu lors de la dernière expertise en 2010 par le Dr [...], rhumatologue.

Il existe toutefois un doute médical puisqu'une atteinte algodystrophique multifocale des 4 extrémités, bien que très rare, reste décrite dans la littérature et dont l'expression clinique peut-être très variable. A noter que le Dr D. \_\_\_\_\_ du service de l'appareil locomoteur du [...] retient un diagnostic d'algodystrophie bilatérale des deux mains et que le Dr A. \_\_\_\_\_, de la médecine physique et rééducation du [...] suspecte également un diagnostic d'algodystrophie du pied droit.

*En conclusion*, le principal problème est le poignet gauche, associé aux gonalgies bilatérales et à l'arthrose de la cheville droite, l'activité de maçon n'est plus possible. Une activité adaptée est possible, ne sollicitant pas trop le poignet gauche, chez un droitier, sans trop de déplacements, notamment en terrain irrégulier et dans les escaliers, à temps plein avec une diminution de rendement de 20%.

Sur le plan psychique, il existerait la notion d'antécédents psychiatriques familiaux chez le père alors que l'expertisé ne présente aucun antécédent psychiatrique personnel avant 2006. On ne retrouve aucun argument pour un dysfonctionnement important dans plusieurs secteurs de la personnalité ni d'instabilité relationnelle chronique dans la vie privée ou professionnelle. Après l'obtention de son CFC [...], il a été capable de mener une vie professionnelle florissante assumant les responsabilités et les pressions d'un entrepreneur indépendant tout en collaborant avec de nombreux architectes. En outre, il décrit la capacité à s'affirmer et à prendre des décisions difficiles comme licencier certains employés. La personnalité se caractérise aussi par le fait d'être sociable et d'entretenir habituellement une vie sociale active. Il déclare de bonnes connaissances en portugais, avec quelques connaissances en suisse allemand et en italien. S'il ne décrit pas de difficultés dans la gestion émotionnelle, la perturbation émotionnelle actuelle et le caractère très théâtral de son comportement témoignent de l'accentuation de certains traits de personnalité dans un registre émotionnellement labile et histrionique. Les violences de son enfance ont un lien avec cette accentuation. Pour autant, il n'y a pas d'arguments anamnétiques pour un trouble spécifique de la personnalité. Le status ne permet pas, non plus, de trouver des arguments précis pour un trouble spécifique de la personnalité.

Avec ces éléments, on ne peut, de plus, pas retenir le diagnostic de retard mental léger qui n'est pas compatible avec la formation acquise et le parcours professionnel. Ce diagnostic doit donc être écarté.

L'expertisé a ainsi mené une vie privée et professionnelle très active jusqu'à son accident en 2006. Dès lors, la réaction dépressive signale une blessure narcissique face à son atteinte somatique. L'adaptation est donc difficile puis surviennent des difficultés sociales importantes qui aggravent le tableau dépressif. Cependant, les expertises de 2010 et 2014 sont bien étayées et démontrent l'absence de sévérité de l'atteinte dépressive. On peut donc conclure que le trouble dépressif est bien en rémission en 2014 et qu'aucune incapacité de travail psychique de longue durée ne peut être retenue.

L'anamnèse spontanée actuelle met surtout en évidence une perturbation émotionnelle marquée par une profonde injustice, une blessure narcissique le conduisant au sentiment d'être traité comme un chien ou qu'on se moque de lui. Le statut de victime est clairement endossé.

À cela s'ajoute une humeur fortement déprimée, des idées suicidaires récurrentes cédant au traitement sédatif en réserve, des épisodes d'agitation associés à des cris, des pleurs, une irritabilité ainsi qu'un retrait à domicile.

Existents aussi des phénomènes auditifs et visuels qui ne sont pas des hallucinations de nature psychotique, car ils surviennent soit à l'endormissement lorsqu'il s'assoupit la journée (phénomènes auditifs), soit en se réveillant durant la nuit (phénomènes visuels). Il s'agit de phénomènes hypnagogiques et hypnapompiques. Leurs existences se

retrouvent dans les troubles dépressifs. D'ailleurs, il n'y a pas de réelles plaintes psychotiques ni de signe psychotique au status.

L'expertisé cherche à obtenir une chaise roulante démarche qui ne se justifie pas par ses difficultés de mobilité, mais son désir d'être plus indépendant et de convaincre ses amis de la réalité de sa maladie, selon ses propres déclarations.

L'expertisé mentionne le désir d'être plus indépendant, mais pratiquement tous les critères dépressifs sont pourtant retenus à l'anamnèse orientée. Il n'y a pas d'atteinte permanente de la concentration alors que la mémoire est préservée, le poids n'est pas perturbé. Selon l'expertisé, le syndrome dépressif est permanent et dure depuis des années. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une origine toxique ou somatique.

Le syndrome dépressif est accompagné par des plaintes anxieuses non spécifiques, mais il n'y a pas de symptômes en faveur d'un trouble anxieux spécifique. Les symptômes anxieux feraient donc partie intégrante du syndrome dépressif. Ils seraient accompagnés de divers signes neurovégétatifs.

Cet épisode dépressif aurait, toujours à l'anamnèse, un impact important dans le quotidien. Il reste inactif la plupart du temps et se déplace uniquement pour des rendez-vous ou un café dans son quartier.

Par contre, et paradoxalement, il peut voyager sans difficulté, payer ses factures alors que la difficulté à traiter les courriers en français est liée à ses difficultés linguistiques. Il peut aussi lire les nouvelles dans des journaux accessibles en français ou en portugais sur son téléphone portable, regarder les nouvelles ou le football à la télévision. Ces activités sont compatibles avec des capacités cognitives assez bonnes.

Ses limitations physiques ne lui permettraient pas de conduire, de se déplacer avec les transports publics, de faire ses courses ou le ménage. Il n'a pas de connaissances dans l'usage de l'ordinateur, mais il reconnaît l'absence d'envie d'apprendre et non pas l'absence de capacité à le faire.

Au status, l'expertisé se présente comme une personne très handicapée dans sa mobilité alors qu'on constate le maintien de son hygiène corporelle et vestimentaire grâce à sa femme selon ses déclarations. Une attitude démonstrative est observée à diverses reprises et le discours est imprécis avec des contradictions.

Si la perception de soi est négative, on n'observe pas de réels signes dépressifs, mais des sentiments négatifs responsables d'une labilité émotionnelle, qui conduisent l'expertisé à pleurer de manière démonstrative. De plus, on ne retrouve pas de ralentissement, de fatigabilité ou d'abattement.

Alors qu'il est objectivement anxieux et nerveux avec de rares moments d'agitation, il arrive avec une main sèche puis ne présente que de rares moments d'agitation.

Le status n'objective aucun signe psychotique. Bien que l'expertisé déclare des éléments en faveur d'une défense de type projection (attribue aux médecins un jugement négatif), il ne reconnaît aucunement le vivre face à l'expert envers lequel il ne ressent non plus pas d'agressivité.

Derrière ce tableau psychopathologique, on retrouve une blessure narcissique qui n'a pas été élaborée pour pouvoir s'en distancier. De ce fait, l'expertisé y reste fixé et adopte un comportement de grave handicapé et de victime. Cependant, on ne retrouve aucun argument objectif pour un épisode dépressif majeur ou un autre trouble de l'humeur important ni pour un trouble anxieux spécifique. Il n'y a pas d'éléments anamnestiques ou objectifs pour un trouble psychotique.

Il existe donc plusieurs discordances que ce soit entre les limitations somatiques et les atteintes objectivables, entre l'anamnèse dépressive et les activités qu'il est capable d'assumer, ou entre les limitations subjectives psychiques ou physiques et ces mêmes activités. Le status entre aussi en discordance avec l'anamnèse.

On doit aussi relever qu'il n'utilise actuellement pas son CPAP, ce qui peut avoir un effet certain sur le sommeil et la fatigue diurne dont il se plaint.

Le suivi psychiatrique actuel est régulier à raison de presque une séance par semaine. Le traitement psychotrope est resté le même. La concentration sanguine de la Sertraline indique une bonne compliance. Celle du Seroquel est assez faible par rapport à la posologie actuelle, ce qui fait suspecter une prise irrégulière. Par contre, on ne retrouve que des traces de Tramadol ce qui entre en contradiction avec l'importance du syndrome douloureux.

Le tableau comportemental perdure depuis plusieurs années sans changement notable. Tous les experts l'ont observé. Nous pensons aussi qu'il s'agit d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques depuis 2007 chez une personnalité marquée par l'accentuation de traits émotionnellement labile et histrionique. Le trouble dépressif récurrent est actuellement en rémission depuis 2014.

A la lumière de ces éléments, nous retrouvons une situation superposable à celle de 2010 et 2014. L'expertisé entretient encore la quête d'une compensation financière qui s'exprime à travers un comportement d'une personne handicapée avec des plaintes en discordance avec les éléments objectifs. *En conclusion*, la capacité de travail est entière et sans limitations.

#### Ressources de l'expertisé

Après l'obtention de son CFC [...], il a été capable de mener une vie professionnelle florissante assumant les responsabilités et les pressions d'un entrepreneur indépendant tout en collaborant avec de nombreux architectes. Il a aussi été arbitre fédéral, activité rémunérée mensuellement. En outre, il décrit la capacité à s'affirmer et à prendre des décisions difficiles comme licencier certains employés. Ces éléments dénotent l'existence de bonnes ressources psychiques. Les relations dans la vie privée et

professionnelle n'ont pas été très instables. Par ailleurs, il parle couramment le portugais et a des connaissances en suisse-allemand qui lui ont permis d'être actif dans la région suisse alémanique.

#### Ressources disponibles sur le plan social

Elles existent puisqu'il entretient une relation avec une femme qui s'occupe de lui et du quotidien. Les enfants de cette femme font partie du réseau. En outre, il déclare aussi la présence d'un ami italien qu'il fréquente régulièrement.

#### Traitement

Le suivi psychiatrique se fait à une fréquence régulière. Le traitement correspond au diagnostic d'épisode dépressif majeur. Actuellement, la compliance à l'antidépresseur est bonne. Le Seroquel est utilisé en traitement adjuvant. La posologie est cohérente avec les troubles. Par contre, on peut douter de la compliance en raison de sa faible concentration dans le sang.

#### Réadaptation

On ne retrouve pas d'arguments médicaux pouvant empêcher une réadaptation. C'est le comportement d'handicapé de l'expertisé qui laisse peu d'espoir pour réussir une réadaptation.

#### Cohérence

Il existe plusieurs incohérences mentionnées dans la discussion.

[...]

### **III. Diagnostics**

#### 1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail

- Status après contusion post-traumatique du poignet gauche avec algodystrophie secondaire et pose d'un neurostimulateur en juillet 2008.
- Arthrose tibio-astragalienne et sous-astragalienne modérée de la cheville droite.

#### 2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail

- Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques depuis 2007.
- Trouble dépressif récurrent actuellement en rémission depuis 2014.
- Accentuation de traits émotionnellement labile et histrionique
- Gonalgies bilatérale depuis 2010.
- Hypertension artérielle depuis 2007.
- Diabète type 2 en 2008, insulino-dépendant depuis 2011.
- Syndrome d'apnées du sommeil en 2009
- Cure de hernie ombilicale incarcerée en 2009.
- Lithiase rénale gauche en 2010.

[...]

## **VI. Capacité de travail**

### 1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Capacité nulle.

### 2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Capacité complète en temps avec une diminution de rendement de 20%.

### 3. Quelles sont les incapacités de travail dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée médicalement justifiées, à quel taux (sur un 100%) et depuis quand. Merci d'indiquer l'évolution de celles-ci

Cf. plus haut.

### 4. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Pas trop de sollicitation du poignet gauche, chez un droitier, sans trop de déplacements, notamment en terrain irrégulier et dans les escaliers ».

Le 29 juillet 2016, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI.

Dans un avis médical du 3 août 2016, le Dr J. \_\_\_\_\_ a souscrit aux conclusions des experts du W. \_\_\_\_\_ et retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sous réserve d'une baisse de rendement de 20 %.

Dans son rapport final du 24 novembre 2016, le Service de réadaptation de l'OAI (ci-après : REA) a retenu qu'aucune mesure d'ordre professionnelle simple et adéquate n'était susceptible de réduire le préjudice économique de l'assuré, au vu notamment de ses connaissances limitées en français et de son parcours. Il a relevé que ce dernier se déplaçait en fauteuil roulant et portait deux attelles et indiquait n'être pas en mesure de se déplacer ou à assumer les activités de la vie quotidienne, son amie l'aidant à se doucher et à s'habiller, entre autres.

Par projet de décision du 25 novembre 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations.

Le 13 décembre 2016, l'assuré a contesté le projet susmentionné, niant en particulier la valeur probante de l'expertise du W.\_\_\_\_\_.

L'assuré a été hospitalisé à [...] du 29 décembre 2016 au 31 janvier 2017.

Par décision du 23 février 2017, l'OAI a confirmé son projet du 25 novembre 2016 et rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré. Il a considéré que ce dernier disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité sans sollicitation du poignet gauche, pas de déplacements importants, pas de marche en terrain irrégulier et dans les escaliers ou équivalents, activité permettant les alternances des positions), sous réserve d'une baisse de rendement de 20 %. Le degré d'invalidité de l'assuré s'élevait dès lors à 28.75 %, taux insuffisant à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Il ressort du rapport d'enquête ménagère du 27 février 2017 rendant compte d'une visite au domicile de l'assuré effectuée le 16 février 2016 que l'assuré présentait de nombreuses difficultés (déplacement limités, difficultés à monter et tenir les deux bras plus haut que les épaules, perte de mobilité au niveau des deux poignets avec préhension limitée, sensibilité limitée au niveau des doigts, manque de précision des gestes, maladresse, lâchage, fatigue, manque de résistance, moral variable, difficulté à se motiver, à prendre des initiatives, angoisse, troubles du sommeil, évocation d'idées suicidaires récurrentes, demandes récurrentes à ses proches et au corps médical « d'en finir »). L'assuré avait besoin d'aide pour se vêtir, se dévêtir, couper les aliments durs, se laver, se baigner/se doucher, se raser, se laver le corps et contrôler la propreté après être allé aux toilettes, aller aux toilettes de manière

inhabituelle et se déplacer à l'extérieur. L'enquêtrice a conclu son rapport en relevant que compte tenu des limitations importantes et de l'aide conséquente apportée à l'assuré par sa compagne, en contradiction avec les conclusions de l'avis SMR du 3 août 2016, il serait judicieux de lui soumettre le rapport d'enquête.

**E.**           **a)** Par acte du 27 mars 2017, Q.\_\_\_\_\_, représenté par Me Bourqui, a déféré la décision du 23 février 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement au renvoi de la cause devant l'OAI pour nouvelle décision. Il a relevé la contradiction entre l'expertise du 12 juin 2016 et le reste du dossier. Plus particulièrement, il a constaté que les conclusions de l'expertise W.\_\_\_\_\_ concernant le volet psychiatrique ne pouvaient être retenues car elles reposaient sur des éléments erronés en particulier concernant sa formation et son parcours professionnel. Il a fait valoir que son trouble dépressif n'était pas en rémission dès lors qu'il avait récemment dû être hospitalisé. A l'appui de son recours, il a produit un rapport du 20 mars 2017 des Dres HH.\_\_\_\_\_ et GG.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, attestant de l'hospitalisation de l'assuré au [...] du 29 décembre 2016 au 31 janvier 2017 au motif d'une mise à l'abri d'un geste auto- et hétéro-agressif. Ces médecins ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), de personnalité émotionnellement labile, type borderline, (F60.31), et de syndrome douloureux somatoforme. Elles ont notamment relevé ce qui suit :

« M. Q.\_\_\_\_\_ est hospitalisé dans notre unité pour une mise à l'abri d'un geste auto-et hétéro-agressif.

A son arrivée, il présente une symptomatologie dépressive marquée comprenant une thymie abaissée, une perte d'espoir en l'avenir, une clinophilie, une anhédonie et une aboulie. Il décrit des idées suicidaires scénarisées et des impulsions hétéro-agressives envers son ex-compagne [...]. A deux reprises ces dernières semaines, il aurait essayé de la tuer une fois en l'étranglant et une fois en voulant la frapper avec un couteau mais par manque de force il n'y serait pas parvenu. Il n'émet aucune critique envers ces gestes et regrette de ne pas les avoir menés à terme.

Nous reconduisons le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec actuellement un épisode sévère sans symptôme psychotique, en

regard de la symptomatologie décrite ci-dessus. Nous relevons également des traits de personnalité caractéristiques du trouble de la personnalité borderline, à savoir une difficulté à gérer ses émotions, des réactions brusques et impulsives avec des accès d'irritabilité et de colère pouvant mener à des actes auto-/hétéro-agressifs, une perturbation de l'image de soi et des relations à autrui.

Concernant les facteurs de crise, le patient décrit une accumulation d'évènements en cette fin d'année 2016. Il s'est rendu [...] en novembre et s'est rendu sur la tombe de son père qu'il décrit comme un homme bon qu'il appréciait beaucoup. Il aurait alors eu l'impression que son père lui disait de venir le rejoindre dans la mort, que ce serait le seul moyen de le libérer de ses souffrances. Puis il a voulu rendre visite à sa mère dans le but de lui accorder son pardon pour les maltraitances subies, mais celle-ci ne l'aurait pas reconnu. Cela a beaucoup affecté le patient qui n'a pas pu réaliser son souhait.

Puis, le 26.11.2016, le patient reçoit la décision de l'AI lui refusant une rente invalidité, ce qui semble actuellement représenter le facteur de crise principal. Il s'agit en effet du troisième refus, qui est incompréhensible pour le patient. M. Q. \_\_\_\_\_ est en effet dans l'attente de cette reconnaissance financière depuis des années, et bien qu'il soit conscient qu'elle ne l'aidera pas à retrouver son état physique antérieur, cette aide serait une consolation matérielle et la fin d'un vécu d'injustice. L'obtention de cette rente légitimerait de façon officielle sa souffrance actuelle.

Sur le plan médicamenteux, nous n'avons pas effectué de modification du traitement existant. [...]

Durant l'hospitalisation, le patient passe à l'acte une seule fois en essayant de s'étrangler dans l'unité. Il rapporte avoir agi impulsivement pour faire face à une montée d'angoisse qu'il n'aurait pas su contenir.

L'évolution clinique est lentement favorable, M. Q. \_\_\_\_\_ ressent une amélioration globale de sa thymie et de ses angoisses, en raison de l'attention et de l'écoute dont il peut bénéficier à l'hôpital. Le cadre contenant et sécurisant a permis de le rassurer et il décrit des idées suicidaires moins envahissantes, bien qu'elles restent présentes de façon fluctuante. Il a pu retrouver un sommeil correct et décrit une diminution de son irritabilité et de son impulsivité et la relation avec son amie [...] en serait moins tumultueuse.

[...] ».

Par décision du 28 mars 2017, le Juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 mars 2017, dans la mesure de l'exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui.

Le 21 avril 2017, le recourant a produit une décision de placement à des fins d'assistance en raison de troubles psychiques du Dr II.\_\_\_\_\_, médecin associé auprès des Urgences du [...], du 4 avril 2017 indiquant que l'intéressé présentait un épisode dépressif avec des idées suicidaires actives.

Par réponse du 11 mai 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a produit un avis SMR du 18 avril 2017 retenant que le récent rapport des médecins du [...] relatait une situation médicale déjà instruite et connue et n'apportait pas d'élément médical objectivable nouveau pour la période précédant la décision, une aggravation de l'état psychique, réactionnelle à la décision de refus ne pouvant pas être exclue. Le Dr J.\_\_\_\_\_ relevait également qu'« au vu du rapport d'enquête à domicile et du rapport final de Réa, dont nous ne disposons pas au moment de notre avis du 3 août 2016 encore une fois basé sur une expertise médicale convaincante, il n'est pas certain que l'assuré dispose des ressources psychologiques nécessaires pour réintégrer le monde du travail, mais cela ne relève pas de notre appréciation médicale ».

Par réplique du 6 juin 2017, le recourant a confirmé ses précédents motifs et conclusions.

Par duplique du 26 juin 2017, l'OAI a maintenu ses conclusions.

Le 15 août 2017, le recourant a indiqué ne pas avoir de complément à apporter.

**b)** Le 21 août 2017, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Le 10 octobre 2017, il a informé les parties qu'il entendait en confier la réalisation au Dr JJ.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par envoi du 23 août 2018, le Juge instructeur a indiqué aux parties que le mandat d'expertise serait exécuté par la Dre KK.\_\_\_\_\_,

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr JJ.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin adjoint auprès du [...].

De leur rapport d'expertise du 23 décembre 2019, on extrait ce qui suit (sic) :

**« Anamnèse psychiatrique**

[...]

Les 7 novembre, 10 et 17 décembre 2007, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ consulte les urgences psychiatriques du [...] en raison d'idées suicidaires scénarisées, des troubles du sommeil et de l'appétit ainsi qu'une symptomatologie anxieuse. Les diagnostics retenus sont un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et difficultés liées à l'emploi. Un traitement antidépresseur est introduit (Tolvon 30 mg par jour).

En février et mars 2008, l'expertisé bénéficie d'une investigation [...] à la [...] par la docteure [...]. Les diagnostics retenus sont un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un trouble anxieux généralisé. Une prise en charge par l'unité [...] lui est proposée. Lors de cette évaluation, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ est décrit comme présentant une thymie « *très déprimée [...]. Il fait part d'une anhédonie, et d'une irritabilité, d'un sentiment de honte et de catastrophe. Il parle d'idées noires et aurait perdu tout espoir de recouvrer sa santé. Monsieur Q.\_\_\_\_\_ dit ressentir une anxiété permanente durant la journée et avoir peur de sortir dans la rue et de se confronter aux autres personnes* ». Des troubles du sommeil ainsi que des idées suicidaires sont également décrits. Dans leur lettre du 17 mars 2018 [recte : 2008] [...], les docteurs [...] et [...] concluent que « *Il semble que la symptomatologie dépressive et anxieuse soit apparue suite à l'accident de travail du 23 août 2006 et se soit aggravé progressivement suite à de multiples échecs thérapeutiques ainsi qu'à la persistance des douleurs et de l'impotence de la main gauche. Nous n'avons en effet pas d'argument en faveur d'un trouble dépressif majeur précédant le traumatisme, ni d'ailleurs d'une autre atteinte psychiatrique. En raison de l'état dépressif sévère dont souffre votre client actuellement, sa capacité de travail est nulle* ».

Du 24 avril au 21 mai 2008, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ est hospitalisée pour la première fois en milieu psychiatrique pour « *menaces de passage à l'acte hétéroagressif sur la personne responsable de la SUVA à la suite d'un refus de rente AI. Mise à l'abri de risque auto-agressif* ». Les diagnostics retenus lors de cette hospitalisation sont un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, un trouble de la personnalité et du comportement sans précision et une probable intelligence limite. Dans la lettre de sortie rédigé par les docteurs [...] et [...], respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant, nous lisons que le jour de son hospitalisation Monsieur Q.\_\_\_\_\_ « *envisage de tuer la personne responsable de la SUVA à coups de couteau (arme qu'il possède à domicile)* ». En raison des antécédents d'hétéroagressivité (conjugale et envers une personne qui d'était moqué de lui dans la rue), il est gardé à l'hôpital. Son état d'agitation nécessite une mise ne chambre de soins intensifs. Suite à l'introduction d'un traitement neuroleptique,

Monsieur Q. \_\_\_\_\_ devient plus calme et critique ses propos. Il fugue de l'hôpital pour se rendre [...].

Dans le résumé de cas du 18 avril 2008 par le docteur [...], de [...], Monsieur Q. \_\_\_\_\_ est décrit comme présentant une tenue et hygiène négligées, et présentant une humeur dépressive et agitée. Dans son rapport nous lisons « *la clinique dépressive est claire. Un trouble de la personnalité paraît probable, voir un autre diagnostic de l'axe I, compte tenu de la fragilité du patient. La question de l'alcool serait à clarifier* ». Dans la remise de service du 4 septembre 2008, le docteur [...] écrit avoir vu Monsieur Q. \_\_\_\_\_ d'urgence le 1<sup>er</sup> septembre 2008 suite à une fausse couche de sa compagne. Depuis l'annonce de cette fausse couche Monsieur Q. \_\_\_\_\_ « *s'isole, s'alcoolise, prend sa médication de façon désordonnée et n'effectue plus ses tâches administratives* ».

Dans la remise de service de 29 septembre 2009 de la docteure [...], de [...], nous lisons que « *la symptomatologie anxiodépressive sévère persiste* » compte tenu du contexte général de vie de l'expertisé. Monsieur Q. \_\_\_\_\_ développe également des idées suicidaires scénarisées. Nous lisons dans le rapport qu'un colloque a eu lieu en juillet 2009 afin de préciser le diagnostic. Selon la docteure [...], Monsieur Q. \_\_\_\_\_ « *réunit cinq critères pour un trouble de la personnalité borderline : mode de relation interpersonnelle caractérisé par une alternance entre des positions extrêmes, il fait des menaces suicidaires d'une manière récurrente pendant les entretiens, présente des moments de colère intense et une difficulté à la contrôler, transitoirement une idéation persécutoire et une réactivité marquée de l'humeur. Son fonctionnement interpersonnel, social et professionnel est manifestement altéré. A noter que ces traits de personnalité sont présents dans le contexte d'une symptomatologie anxiodépressive sévère et que nous ne savons pas si elles sont apparues à l'adolescence* ». Finalement, un « *éventuel syndrome de stress post-traumatique suite à l'accident subi en 2006* » est évoqué en raison de « *cauchemars et des flashes en rapport avec. Pour des éventuels comportements d'évitement, il dit qu'il ne peut plus regarder des émissions à la télévision avec des crimes, des jugements, des coupables ou des scènes violentes* ». La suite du rapport de remise de service jusqu'à ce jour, mettent en évidence une chronicisation de la symptomatologie anxiodépressive avec une aggravation des traits de personnalité lors des moments de crise. Les diagnostics retenus sont un trouble dépressif récurrent qui évolue entre grave et moyen et un trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif.

Concernant les hospitalisations en milieu psychiatrique, Monsieur Q. \_\_\_\_\_ a été hospitalisé à 12 reprises :

- Du 28 mars au 28 avril 2008 à l'hôpital [...] pour « *menaces de passage à l'acte sur la personne responsable de la SUVA à la suite d'un refus de rente AI. Mise à l'abri d'un geste auto-agressif* ». Lors de cette hospitalisation, Monsieur Q. \_\_\_\_\_ nécessite de la mise en place d'une chambre de soins intensifs en raison de son état d'agitation au moment de l'annonce de son hospitalisation sur un mode PLAF. Il peut sortir le lendemain et un traitement neuroleptique est introduit afin de diminuer l'impulsivité, qui semble avoir un effet favorable. L'hospitalisation se termine par une fugue de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ qui se rend [...]. Les diagnostics retenus sont « *Episode dépressif moyen sans syndrome somatique* »,

- « *Trouble de la personnalité et du comportement sans précision* » et « *probable intelligence limitée* ».
- Du 14 juin au 4 juillet 2011 à [...] pour une mise à l'abri de gestes autoagressifs avec apparition d'idées suicidaires scénarisées et des hallucinations acousticoverbales. Nous n'avons pas trouvé la lettre de sortie de cette hospitalisation.
  - Du 18 février au premier mars 2013 pour une mise à l'abri d'un geste autoagressif dans un contexte de refus de rente AI. L'hospitalisation se déroule sans particularités.
  - Du 12 au 18 mai 2014 à [...] en raison d'une aggravation des idées suicidaires avec un scénario de défenestration ainsi que l'apparition d'idées hétéroagressives (agresser des gens avec un couteau dans la rue). L'hospitalisation se déroule sans particularités. Les diagnostics retenus sont « *trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques* » et « *trouble de la personnalité dépendante* ».
  - Du 27 août au 16 septembre 2015 à [...] pour mise à l'abri d'un geste hétéroagressif dans un contexte de changement de médecin traitant et de psychiatre. L'hospitalisation se déroule sans particularités. Le diagnostic retenu est un « *trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques* (en raison de la présence d'hallucinations acousticoverbales) ».
  - Du 22 octobre au 10 novembre 2015 à [...] en raison d'une mise à l'abri d'un geste autoagressif dans un contexte de péjoration de l'état de santé de la mère de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ qui serait en fin de vie, selon le rapport. L'état psychique de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ s'améliore rapidement après son admission avec une disparition des idées suicidaires, toutefois il est relevé « *un mal-être chronique qui persiste* ». Les diagnostics retenus sont « *trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques* », « *Trouble de la personnalité, sans précision* » et « *syndrome douloureux persistant* ».
  - Du 29 décembre 2016 au 31 janvier 2017 à [...] en raison d'une mise à l'abri d'un geste hétéro et auto agressif dans un contexte de refus de rente AI. Il est toutefois explicité qu'en novembre 2016, Monsieur Q. \_\_\_\_\_ est allé [...] pour se rendre à la tombe de son père et qu'il aurait entendu la voix de ce dernier l'appeler pour le rejoindre. Il se serait ensuite rendu chez sa mère « *dans le but de lui accorder le pardon pour les maltraitances subies, mais celle-ci ne l'aurait pas reconnu. Cela a beaucoup affecté le patient qui n'a pas pu réaliser son souhait* ». Durant cette hospitalisation, Monsieur Q. \_\_\_\_\_ fait une tentative de strangulation. L'évolution clinique est décrite comme « *lentement favorable* » et les idées suicidaires deviennent moins envahissantes ». Les diagnostics retenus sont « *trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques* », « *trouble de la personnalité, émotionnellement labile type borderline* » et « *syndrome douloureux somatoforme* ».
  - Du 23 février au 22 mars 2017 à [...], pour une mise à l'abri d'idées suicidaires et hétéroagressives à la demande de la compagne de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ qui se sent épuisée par la situation. Ce dernier aurait tenté de l'étrangler avant de se suicider. Monsieur Q. \_\_\_\_\_ fait deux tentatives de strangulation durant cette hospitalisation. Des nombreux

entretiens de réseau avec sa compagne permettent une amélioration du conflit de couple et l'évolution clinique est lentement favorable. Les diagnostics retenus sont « *épisode dépressif moyen* » et « *personnalité émotionnellement labile, type borderline* ».

- Du 4 au 25 avril 2017 à [...] pour mise à l'abri d'un geste auto et hétéroagressif dans un contexte de dispute avec son ex compagne dans la chambre d'hôtel où il réside qui nécessite l'intervention de la police. Dans ce rapport il est décrit que la symptomatologie dépressive s'aggrave depuis une année et que Monsieur Q.\_\_\_\_\_ évoque son souhait de ne plus vivre, d'être euthanasié, aller sur l'autoroute avec son fauteuil électrique ou s'étrangler. L'hospitalisation se déroule sans particularité. Monsieur Q.\_\_\_\_\_ quitte l'hôpital avec l'accord des soignants pour se rendre [...] voir sa mère qui serait en fin de vie.
- Du 18 janvier au 9 février 2018 à [...] en raison d'une mise à l'abri d'un geste autoagressif, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ effectue deux tentatives de strangulation durant cette hospitalisation. Lors de la première, il développe une diplopie qui nécessite une évaluation au service de neurologie [...].
- Du 12 au 28 février 2018 à [...] en raison d'une mise à l'abri d'idées suicidaires après avoir, le 10 février, tenté de se trancher la gorge avec un couteau de cuisine.

Monsieur Q.\_\_\_\_\_ n'a plus été hospitalisé en milieu psychiatrique depuis cette dernière hospitalisation. Il a toutefois été hospitalisé en milieu somatiques à des multiples reprises.

[...]

### **DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES (posés en référence à la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement - CIM-10)**

- **Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) ;**
- **Trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4).**

### **DISCUSSION**

Au terme de notre investigation nous retenons les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique en raison de la présence d'une symptomatologie dépressive présente depuis 2004 de façon chronique et qui s'aggrave, par période, en lien avec divers facteurs de stress (conflits intrafamiliaux, deuils, refus de la rente AI). La symptomatologie dépressive débute suite à la faillite de l'entreprise de Monsieur Q.\_\_\_\_\_. En effet, il explique avoir présenté à cette époque un sentiment de tristesse, de honte, de culpabilité manifestes. Monsieur Q.\_\_\_\_\_, quitte [...] (sa compagne et son entreprise) avec un sentiment d'échec, de honte et de perte de l'estime de soi. Il quitte [...] dans une tentative de fuite et, c'est dans ce contexte, peu de temps après son arrivée, que survient l'accident. Il convient de préciser que Monsieur Q.\_\_\_\_\_ avait vécu des accidents importants dans le passé (deux accidents de travail et deux accidents de voiture) à la suite desquels nous n'avons pas mis en évidence de problématique psychique particulière et où la

capacité de travail avait seulement été entravée de manière temporaire.

L'accident de travail en 2006 survient donc dans un moment où Monsieur Q. \_\_\_\_\_ présentait déjà une symptomatologie dépressive que nous pouvons considérer comme légère à moyenne. Les conséquences de l'accident de travail, dans ce contexte, ont une incidence très négative dans l'évolution de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ qui, par ailleurs, met lesdites conséquences sur le compte d'une erreur médicale.

L'épisode dépressif décrit plus haut, présente également, chez Monsieur Q. \_\_\_\_\_ des manifestations atypiques avec la présence d'une labilité émotionnelle importante (pouvant passer du rire aux larmes suivant les thèmes abordés) et une irritabilité majeure avec la présence de troubles du comportement, accès de violence notamment.

On observe depuis 2006 une péjoration de la situation avec des douleurs, une dégressivité cliniquement significative ayant entraîné des hospitalisations à répétition, des tentatives de suicide, des troubles du comportement et une importante irritabilité) et également une extension des douleurs qui en dépit des atteintes organiques observées, sont sans proportion avec les lésions objectivables. Ces éléments nous permettent également de retenir un diagnostic de Syndrome douloureux somatoforme persistant. En raison des conflits intrapsychiques non élaborés et non élaborables (cf. infra), Monsieur Q. \_\_\_\_\_ développe une symptomatologie douloureuse non explicable entièrement par les lésions organiques objectivées entraînant un sentiment de détresse majeure aggravant ainsi le trouble dépressif déjà présent auparavant.

Cette symptomatologie psychiatrique décrite plus haut survient chez un homme qui a une structure psychique présentant un certain nombre de vulnérabilités qui se traduisent, dans le dossier médical de l'expertisé par de nombreux diagnostics différents, posés au fil du temps par les divers thérapeutes impliqués dans son suivi, à savoir :

- 1- Un retard mental : Ce diagnostic a probablement été évoqué sur la base du fait que Monsieur Q. \_\_\_\_\_ a dû redoubler plusieurs années dans le cadre de sa scolarité élémentaire. En outre, malgré le fait qu'il vive en Suisse romande, il n'a pas pu acquérir les compétences linguistiques nécessaires pour communiquer avec autrui dans le quotidien. Nous avons également observé une tendance à répondre à côté, malgré la présence du traducteur, qui donne l'impression qu'il ne comprend pas nos questions. La capacité de mentalisation et d'élaboration psychique est très faible. Le discours reste dans des éléments très concrets. Bien que ces éléments peuvent être retrouvés chez les personnes présentant un retard mental, nous ne retenons pas ce diagnostic car, en dépit de ses difficultés, Monsieur Q. \_\_\_\_\_ a été capable dans le passé de développer des compétences sociales et professionnelles adaptées (comme par exemple gérer une entreprise avec 10 employés ou être arbitre). Cependant, les limitations décrites plus haut participent au dépassement des capacités adaptatives de Monsieur

Q.\_\_\_\_\_ et à la rigidification de la symptomatologie dépressive et du trouble douloureux somatoforme.

- 2- Trouble de la personnalité émotionnellement labile (type borderline ou impulsif selon le dossier). Nous ne retenons pas ce diagnostic au sens de la CIM-10. Monsieur Q.\_\_\_\_\_ a été capable d'un fonctionnement relativement satisfaisant jusqu'en 2006. Bien que sur le plan affectif il ait été moins stable, sur le plan social et professionnel sa situation l'était. A travers ces deux aspects, sur lesquels il a pu étayer son fonctionnement, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ avait une vie suffisamment adaptative, raison pour laquelle nous ne retenons pas de diagnostic de trouble de la personnalité. Toutefois, l'expertisé présente des carences dans son développement (les maltraitances de la part de sa mère, l'abandon du père, ...) qui ont eu une influence sur le développement de certaines vulnérabilités sur le plan psychoaffectif. Ces vulnérabilités se sont manifestés à l'âge adulte dans le cadre des relations affectives notamment, surtout par des aspects de dépendance affective, mais également par des aspects de lutte contre ces besoins de dépendance qui permettent de comprendre pourquoi il était si important pour lui d'avoir une indépendance professionnelle (son entreprise) et sociale (son rôle d'arbitre).

En résumé, Monsieur Q.\_\_\_\_\_ perd, avant son accident son premier pilier (son entreprise) qui entraîne l'apparition d'une symptomatologie dépressive et après l'accident, il perd non seulement la possibilité de restaurer le premier pilier, mais le deuxième (son rôle d'arbitre et la reconnaissance sociale). Suite à l'effondrement des deux fondements identitaires sur lesquels il avait construit son équilibre, les capacités adaptatives de Monsieur Q.\_\_\_\_\_ se sont trouvées dépassées. Il n'a ainsi plus pu avoir accès à des moyens psychiques lui permettant de reconstruire quelque chose en dehors d'une identité d'invalidé, en raison notamment du peu de compétences de mentalisation et de la vulnérabilité personnelle décrite plus haut. Ce tableau se fige ainsi progressivement dans les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble douloureux somatoforme. Ce tableau se caractérise par le côté figé et monolithique de la situation dans laquelle les divers intervenants informent régulièrement que « *rien n'a changé* ». Monsieur Q.\_\_\_\_\_ n'a plus les moyens psychiques aujourd'hui de reconstruire les fondements identitaires qui lui ont permis d'avoir une vie plus stable dans le passé. Toute tentative de réinsertion professionnelle est, à notre sens, vouée à l'échec.

La symptomatologie décrite plus haut, est incompatible avec une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, compte tenu de son intensité, de sa chronicité et des facteurs de cristallisation de la situation depuis plus d'une dizaine d'années.

## **Mandat d'expertise**

### **Atteinte à la santé**

- 1) Manifestation et gravité des constats objectifs

REPONSE: Monsieur Q. \_\_\_\_\_ présente un trouble dépressif récurrent se manifestant par un abaissement de l'humeur, de manière générale, mais également une importante labilité émotionnelle; une irritabilité; une diminution de la concentration et de l'attention; une diminution, voir abolition de l'estime de soi et de la confiance en soi; des idées de culpabilité, de dévalorisation, de ruine et de honte; une attitude pessimiste face à l'avenir; des idées suicidaires et des passages à l'acte suicidaires; des troubles du sommeil et des troubles de l'appétit. Il présente également un trouble somatoforme douloureux persistant se manifestant par une symptomatologie douloureuse non explicable entièrement par une lésion organique objectivée entraînant un sentiment de détresse majeur aggravant ainsi le trouble dépressif déjà présent auparavant.

- 2) Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé

REPONSE: Cf. question précédente et observation clinique

- 3) Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles dues à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels).

REPONSE: En ce qui concerne la diminution des capacités fonctionnelles, Monsieur Q. \_\_\_\_\_ présente une symptomatologie dépressive chronique et un trouble douloureux somatoforme persistant qui ont un impact considérable sur sa capacité de concentration, d'attention, d'organisation, sa mobilité et la gestion émotionnelle. De plus, les vulnérabilités psychiques décrites dans la discussion ont rendu les capacités adaptatives de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ inefficaces dans tout cadre de travail.

- 4) Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, et de leur ampleur.

REPONSE: Le sentiment d'injustice en lien avec la perception de Monsieur Q. \_\_\_\_\_ d'une erreur médicale à la base de ses problèmes de santé actuels, couplé à son vécu de non reconnaissance de ses difficultés, peuvent donner l'impression que Monsieur Q. \_\_\_\_\_ exagère ses symptômes, se montrant vindicatif et centré sur la problématique asséculo-logique. Toutefois, celle-ci n'est pas au centre des difficultés présentées par Monsieur Q. \_\_\_\_\_, lesquelles entravent son quotidien jusque dans les activités les plus fondamentales.

[...]

### **Contexte social**

[...]

- V. Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de l'assuré par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie etc.)

REPONSE: bien que Monsieur Q. \_\_\_\_\_ adhère à sa prise en charge et est soutenu par son entourage personnel et professionnel, les ressources mobilisables apparaissent comme nulles à l'heure actuelle.

## **I Diagnostics**

- 1) Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail  
REPONSE: Du point de vue psychiatrique Monsieur Q. \_\_\_\_\_ souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et syndrome douloureux somatoforme persistant.
- 2) Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail  
REPONSE: Nihil, d'un point de vue psychiatrique.

[...]

## **II Traitement et réadaptation**

- 1) La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?  
REPONSE: Oui, Monsieur Q. \_\_\_\_\_ est suivi depuis de nombreuses années dans ma [...] spécialisée dans les troubles de l'humeur.
- 2) Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré au cours des thérapies effectuées  
REPONSE: Monsieur Q. \_\_\_\_\_ se montre collaborant a sa prise en charge.
- 3) Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assuré  
REPONSE: La prise en charge est adapté, toutefois le pronostic de l'expertisé reste défavorable.

[...]

- 7) Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation  
REPONSE : Aucune mesure de réadaptation n'est exigible au vu du tableau actuel, en raison de sa sévérité, de sa chronicité et de sa cristallisation.

[...]

#### **IV. Capacité de travail**

- 1) Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici  
REPONSE : La capacité de travail est actuellement nulle.
- 2) Capacité de travail dans l'activité correspondant aux aptitudes de l'assuré  
REPONSE : La capacité de travail est actuellement nulle ».

Le 7 janvier 2020, le recourant a indiqué maintenir ses conclusions.

Par acte du 21 janvier 2020, l'OAI a indiqué ne pas considérer l'expertise comme probante, relevant que les experts exerçaient auprès du [...] qui prenait en charge le recourant depuis 2008, ce qui avait été reconnu expressément puisqu'ils avaient indiqué qu'il était suivi « depuis de nombreuses années dans ma [...] ». Il s'est en outre référé à un avis du 14 janvier 2020 du SMR relevant que le status clinique manquait d'éléments objectifs, l'expert s'étant limité à reprendre les plaintes de l'expertisé, que le diagnostic d'épisode dépressif moyen était surprenant dans la mesure où le discours était par moment décrit comme joyeux et où le status ne décrivait aucune fatigabilité, que le diagnostic de majoration des symptômes physiques précédemment retenu n'avait pas été évoqué, que les hospitalisations listées avaient régulièrement eu lieu sur un mode volontaire et l'évolution avait toujours été favorable après deux à quatre semaines, que l'expert n'avait pas tenu compte de la précédente décision entrée en force et retenait ainsi une péjoration de l'état de santé dès 2006, qu'il manquait la précision du traitement en cours et que les limitations fonctionnelles n'étaient pas non plus mentionnées.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.

**3. a)** Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C\_399/2015 du 11 février

2016 consid. 2 ; 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C\_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

**b)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées).

**c)** En l'espèce, c'est à juste titre que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 28 mars 2012. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations - soit la décision du 11 novembre 2013 - et la décision litigieuse du 23 février 2017, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**5. a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité,

étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la

même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**6. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur

provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C\_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

**7. a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente un status après contusion post-traumatique du poignet gauche avec algodystrophie secondaire et pose d'un neurostimulateur en juillet 2008 et d'une arthrose tibio-astragaliennne et sous-astragaliennne modérée de la cheville droite (rapport d'expertise du W. \_\_\_\_\_ du 12 juin 2016). L'OAI considère en outre que le recourant ne souffre d'aucune atteinte psychique invalidante.

A cet égard, force est de constater avec le recourant que, sur le plan psychique, l'expertise du W. \_\_\_\_\_ du 12 juin 2016 présentait des contradictions avec plusieurs pièces au dossier (rapports des Drs Z. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ du 21 mars 2012 ; des Drs B. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ des 13 mars et 27 juin 2013 ; des Drs N. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ du 11 juillet 2014 ; des Drs EE. \_\_\_\_\_ et FF. \_\_\_\_\_ du 25 janvier 2016 ; De la Dre HH. \_\_\_\_\_ du 23 décembre 2015 ; des Dres I. \_\_\_\_\_ et AA. \_\_\_\_\_ du 25 avril 2016 ; des Dres HH. \_\_\_\_\_ et GG. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2017 ; rapport de sortie du [...] du 16 novembre 2011). Ainsi, il ressort de nombreux rapports médicaux qu'entre 2008 et 2019, l'assuré a présenté plusieurs moments de crise ayant notamment nécessité son hospitalisation à douze reprises. Ces difficultés ont été constatées par plusieurs spécialistes qui ont posé des diagnostics comparables de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. C'est le lieu de relever que, durant cette période, l'assuré a fait l'objet de deux placements à des fins d'assistance et qu'il n'est pas exclu que, s'il ne s'était pas présenté sur un mode volontaire, de telles mesures aient dû être plus nombreuses. Le recourant a en effet présenté des épisodes d'auto- et d'hétéro-agressivité importants qui nécessitaient une prise en charge. Il est ainsi faux d'estimer, comme semble le faire l'OAI, que la nature volontaire des hospitalisations attesterait de la légèreté de l'atteinte à la santé considérée. A cet égard, on relève que, fondé sur des rapports médicaux qu'il avait estimés probants, l'OAI a octroyé à l'assuré un fauteuil roulant et un lit électriques. En définitive, les conclusions de l'expertise W. \_\_\_\_\_ du 12 juin 2016 sur le plan psychiatrique s'opposaient à l'ensemble des documents médicaux à disposition - étant relevé que l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ avait été écartée par l'intimé qui avait admis les arguments de l'assuré quant à son absence de valeur probante (avis du 15 janvier 2015 du SMR) - sans qu'il y soit explicité de manière suffisamment claire pour quelles raisons il y avait lieu de s'écarter de l'opinion unanime de l'ensemble des intervenants. Cette situation justifiait que la question de l'atteinte à la santé psychique soit davantage instruite. A ce sujet, il y a lieu de relever que ni les contestations de l'assuré au projet de décision du 25 novembre 2016 ni le rapport d'enquête ménagère du 27 février 2017 n'ont été soumis au SMR avant qu'il ne rende son avis final. Or, comme l'a

relevé le Dr J.\_\_\_\_\_ dans son avis du 18 avril 2017, ces pièces faisaient apparaître un doute sur les ressources psychologiques du recourant.

Dans ces circonstances, une expertise judiciaire a été confiée aux Drs KK.\_\_\_\_\_ et JJ.\_\_\_\_\_.

**b)** L'OAI reproche aux experts de ne pas être impartiaux au motif que ceux-ci exercent au sein du [...].

En réalité, c'est bien le contenu de l'expertise qui est pertinent pour attester de sa valeur probante (cf. consid. 6b *supra*). Les Drs KK.\_\_\_\_\_ et JJ.\_\_\_\_\_ ont procédé à de nombreux examens et n'ont fait l'économie d'aucun moyen pour fonder leur appréciation. A cet égard, le fait qu'il soit évoqué un suivi de l'intéressé au sein de « sa » [...] n'entache pas l'indépendance des experts dès lors qu'ils n'ont pas traité le recourant ni participé à l'élaboration de précédents rapports médicaux le concernant. C'est le lieu de relever que le choix de confier l'expertise judiciaire à des médecins du [...] a été effectué de manière aléatoire et que l'OAI en a été informé dès le 10 octobre 2017. Plusieurs courriers ont ensuite été échangés à cet égard avant que le choix du co-expert ne soit définitivement arrêté, ce dont les parties ont été informées le 23 août 2018. Or, l'intimé n'a jamais réagi à cet égard et n'a pas soulevé de motif de récusation.

En définitive, il y a lieu de retenir que le grief de partialité soulevé par l'OAI à l'encontre de l'expertise du 23 décembre 2019 tombe à faux.

**c)** Aux termes de leur rapport, les Drs KK.\_\_\_\_\_ et JJ.\_\_\_\_\_ ont retenu que le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) et d'un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4). Ces spécialistes ont procédé à une étude complète du dossier et à une anamnèse fouillée. Ils ont effectué quatre examens cliniques sur trois mois. Ils ont étudié, dans le cadre de leur analyse, l'ensemble des critères d'examen fixés par la jurisprudence

en matière de trouble psychique. En particulier, ils ont discuté les diagnostics divergents ressortant du dossier avant de les écarter de manière motivée – tel que le retard mental, le trouble de la personnalité borderline et la simulation respectivement la majoration de symptômes –. Ils ont exposé l'évolution de l'incapacité de travail sur le plan psychique en retenant une symptomatologie dépressive chronique légère ou moyenne dès 2004 avec péjoration ensuite de l'accident d'août 2006 et des suites de celui-ci, péjoration qui s'est accentuée jusqu'aux hospitalisations survenues dès 2008 et qui a finalement débouché sur une aggravation majeure en 2011. De manière à convaincre quant aux diagnostics retenus, les experts ont exposé la genèse et l'évolution des troubles en question, évoquant la labilité émotionnelle, les troubles cognitifs et du comportement, l'irritabilité devenue majeure ainsi que l'auto- et l'hétéro-agressivité, tous ces facteurs ayant conduit à une perte des capacités adaptative et à une perte d'accès aux moyens psychiques permettant une reconstruction, le quotidien de l'assuré étant entravé jusque dans ses activités les plus fondamentales. Les experts ont en effet relevé que le recourant ne disposait d'aucune capacité adaptative, que les atteintes psychiatriques avaient un impact considérable sur sa capacité de concentration, d'attention, d'organisation, sa mobilité et sa gestion émotionnelle. Ils ont estimé que ses ressources mobilisables étaient nulles et ont ainsi justifié de manière convaincante leur appréciation de la capacité de travail de l'intéressé.

**d)** En conséquence, il convient de retenir que l'expertise du 23 décembre 2019 des Drs KK.\_\_\_\_\_ et JJ.\_\_\_\_\_ revêt une pleine valeur probante. Ainsi, il y a lieu de considérer que la capacité de travail du recourant est nulle depuis une dizaine d'année avant la date de l'expertise, soit dès la fin 2011, date correspondant aux premières hospitalisations pour crises sévères. La demande de prestations ayant été déposée le 28 mars 2012, l'ouverture du droit à une rente entière prend effet au 1<sup>er</sup> septembre 2012, compte tenu du délai de carence de six mois (art. 29 al. 1 LAI).

**8. a)** En conclusion, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2012.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 23 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'Q.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Florence Bourqui (pour Q. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances-sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :